

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN  
STROKE HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI LATIHAN *LATERAL  
PREHENSION GRIP* TERHADAP PENINGKATAN LUAS GERAK SENDI  
(LGS) JARI TANGAN DI RUANG STROKE *CENTRE AFI*  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA  
TAHUN 2017**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DISUSUN OLEH :**

**DWI ATIKAH NUR AMRINA, S.Kep**

**1611308250305**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2017**

***Analysis of Clinical Nursing Practice Patient Stroke Haemorrhagic with Exercise Lateral Prehension Grip Interventions on Improve Wide Streets (LGS) in the Room of Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda in Year 2017***

*Dwi Atikah Nur Amrina<sup>1</sup>, Siti Khoiroh Muflihatin<sup>2</sup>*

**ABSTRACT**

*Stroke is a clinical syndrome which its characteristic of acute global loss of brain function that leads to death, possibilities comes from spontaneous bleeding into the brain substance. Ruptured blood vessel causes blood flowing into the substance or subarachnoid space causing intracranial component changes that should be constant. Some of the conditions of patients suffering from are the stroke disease that surely will experience various problems, the problems that often experienced is a disorder of the limbs. Clinical symptoms that often arises is hemiparesis or hemiplegia. Patients have difficulty walking due to disturbance in muscle strength, balance and motor coordination. Rehabilitation should start as early as possible so that it can help the physical recovery fast and optimal, as well to avoid any functional limitations of upper limbs. Motion on the hand can be stimulated by exercising grasp functions, one functional exercises that can be applied is prehension Lateral Grip exercise. This exercise is expected to prevent the complications of immobilization, such as joint stiffness. After implementation of innovation degrees LGS on the first day, total increase of 6 ° and a fifth on the day increased to 14 °. Although the value of the normal number of abduction-adduction joints LGS metacarpal is 30 °, but after being given the implementation for 5 days, the degree of joint LGS showed a significant increase.*

**Keywords:** *Stroke Hemorrhagic, Lateral Prehension Grip, Range of Motion*

---

<sup>1</sup> *Student Professional Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda*

<sup>2</sup> *Lecturer of Nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda*

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien *Stroke Hemoragic* dengan Intervensi Latihan *Lateral Prehension Grip*  
Terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan di Ruang Stroke Centre AFI  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
Tahun 2017**

Dwi Atikah Nur Amrina<sup>3</sup>, Siti Khoiroh Muflihatin<sup>4</sup>

**INTISARI**

Stroke adalah suatu sindrom klinis dengan karakteristik kehilangan fungsi otak global akut yang mengarah ke kematian, dimungkinkan karena perdarahan spontan pada substansi otak. Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan *subarachnoid* yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Beberapa kondisi pasien yang menderita penyakit stroke tentunya akan mengalami berbagai problematika, masalah yang sering dialami adalah gangguan anggota gerak. Secara klinis gejala yang sering muncul adalah hemiparese atau hemiplegia. Pasien mengalami kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal, serta menghindari adanya keterbatasan fungsional anggota gerak atas. Gerak pada tangan dapat distimulasi dengan latihan fungsi menggenggam, salah satu latihan fungsional yang dapat diaplikasikan adalah latihan *Lateral Prehension Grip*. Latihan ini diharapkan dapat mencegah komplikasi dari imobilisasi, seperti kekakuan sendi. Setelah dilakukan implementasi inovasi derajat LGS pada hari pertama total jumlah peningkatan yaitu 6° dan dihari kelima meningkat menjadi 14°. Meskipun nilai angka normal LGS abduksi-adduksi sendi metacarpal adalah 30°, namun setelah diberikan implementasi selama 5 hari, nilai derajat sendi LGS menunjukkan adanya peningkatan yang cukup signifikan.

Kata Kunci : Stroke Hemoragik, *Lateral Prehension Grip*, Luas Gerak Sendi

---

<sup>3</sup> Mahasiswi ProfesiNers STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>4</sup> Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Di era globalisasi ini yang diikuti dengan perkembangan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern yang serba instan dan praktis. Hal tersebut mengakibatkan orang semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup sehat, sehingga memberikan kecenderungan baru dalam pola penyakit di masyarakat yang memiliki andil besar terhadap pola fertilitas, gaya hidup, dan sosial ekonomi yang memacu timbulnya pergeseran pola penyakit. Kondisi tersebut dibuktikan dengan peningkatan penyakit tidak menular salah satunya penyakit stroke (Irfan, 2010).

Serangan otak atau stroke merupakan gangguan suplai darah otak secara mendadak sebagai akibat oklusi pembuluh darah parsial atau total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak (Chang, Daly, 2009). Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan

oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi 2011).

Stroke merupakan suatu gangguan disfungsi neurologis akut yang terjadi secara mendadak dalam beberapa detik atau setidak-tidaknya secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah global otak yang terganggu. *Stroke* atau serangan otak (*brain attack*) adalah defisit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik. Sehingga stroke dibedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (*World Health Organization, 2005*).

Stroke sebagian besar disebabkan oleh kombinasi dari beberapa faktor risiko seperti hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, kurang aktivitas fisik, makanan yang tidak sehat, usia, jenis kelamin, dan ada riwayat keluarga yang menderita stroke (Lewis, 2009). Menurut data WHO menyebutkan kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker, yaitu kurang lebih 6 juta pada tahun 2010, menjadi 8 juta pada tahun 2030. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbanyak di Amerika Serikat. Mengacu pada laporan *American Heart Association*, menunjukkan setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Hasil kongres stroke sedunia, dalam skala global stroke sekarang dalam peringkat kedua penyebab kematian dan merupakan faktor utama penyebab kecacatan serius. Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2014).

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke, sedangkan kejadian stroke hemoragik hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2012). Data yang diperoleh dari dinas kesehatan provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian ke empat di kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi dan ketuaan lansia dengan presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Berdasarkan data yang diperoleh dari buku registrasi ruang Stroke *Centre* AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie, didapatkan jumlah pasien rawat inap dengan kasus stroke iskemik dan stroke non haemoragik dari bulan Maret 2017 – Mei 2017, jumlah penderita stroke 3 bulan terakhir, yaitu pada bulan maret terdapat 47 pasien (22 orang SNH, dan 25 orang SH), bulan April 42 pasien (28 orang SNH, dan 14 orang SH), dan bulan Mei 45 pasien (25 orang SNH, dan 20 orang SH).

Beberapa kondisi pasien yang menderita penyakit stroke tentunya akan mengalami berbagai problematika, masalah yang sering dialami adalah gangguan anggota gerak. Pasien mengalami kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak. Secara klinis gejala yang sering muncul adalah hemiparese atau hemiplegi (Irdawati, 2008). Pada pasien stroke, 70-80% mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) dengan 20 % dapat mengalami peningkatan fungsi motorik dan sekitar 50% mengalami gejala sisa berupa gangguan fungsi motorik atau

kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi (Akner,2005).

Hemiparesis yang tidak mendapatkan penatalaksanaan yang optimal 30-60% pasien akan mengalami kehilangan penuh pada fungsi ekstremitasnya dalam waktu 6 bulan pasca stroke (Stoykov & Corcos, 2009). Pasien stroke yang mengalami hemiparase dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi, salah satunya adalah kontraktur. Kontraktur dapat menyebabkan terjadinya penurunan rentang gerak sendi, gangguan fungsional, gangguan mobilisasi, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat yang tidak dapat disembuhkan (Asmadi, 2008).

Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktivitasnya secara normal. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara tepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal, serta menghindari kelemahan otot dan gangguan fungsi lain diantaranya adalah adanya keterbatasan fungsional anggota gerak atas (AGA) yang mengalami kelemahan akibat stroke (Irfan, 2010).

Ekstremitas atas merupakan salah satu bagian dari tubuh yang penting, hal ini dikarenakan ekstremitas atas fungsinya sangat penting dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan merupakan bagian yang paling aktif, maka lesi pada bagian otak yang mengakibatkan kelemahan ekstremitas akan sangat menghambat dan mengganggu kemampuan dan aktivitas sehari-hari

seseorang. Latihan rentang gerak sendi merupakan latihan yang dilakukan secara teratur dan berulang-ulang dengan cara meluruskan atau menekuk satu atau beberapa sendi serta menggerakannya ke semua arah sebagaimana gerakan sendi secara normal. Dalam latihan gerak terdapat suatu latihan fungsional tangan yang bertujuan mengembalikan fungsi tangan secara optimal. Bentuk dari latihan fungsional tangan yaitu *Power Grip* yang merupakan bagian dari fungsional tangan yang dominan. *Power Grip* terdiri dari *Cylindrical Grip*, *Spherical Grip*, *Hook Grip*, *Lateral Prehension Grip* dan *Precision Handling*. Gerak pada tangan dapat distimulasi dengan latihan fungsi menggenggam yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam. Salah satu latihan fungsional yang dapat diaplikasikan adalah latihan *Lateral Prehension Grip*. *Lateral prehension grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda pada sela-sela jari tangan. Latihan ini diharapkan dapat mencegah komplikasi dari mobilisasi, seperti atrofi otot dan kekakuan atau spastisitas yang juga berguna untuk mengembalikan fungsi persendian secara optimal. (Irfan, 2010).

Rentang gerak sendi biasanya diukur berdasarkan derajat besarnya sudut maksimal yang dicapai oleh sendi disebut luas gerak sendi (LGS). Goniometri berkaitan dengan pengukuran sudut, khususnya sudut yang dihasilkan dari sendi melalui tulang-tulang ditubuh manusia. Goniometri dapat digunakan untuk menentukan posisi sendi yang tepat dan jumlah total dari gerakan



yang dapat terjadi pada suatu sendi. Goniometri digunakan untuk mengukur dan mendata kemampuan gerakan sendi aktif dan pasif. Goniometri juga digunakan untuk menggambarkan secara akurat posisi abnormal sendi (Irfan, 2010).

Berdasarkan fenomena yang ditemui selama penulis menjalani praktik klinik lapangan di ruang Stroke Centre AFI, pada pasien stroke sering ditemui masalah kekakuan sendi pada bagian anggota gerak tubuh dan dalam mengelola pasien yang mengalami gangguan anggota gerak perawat belum maksimal dalam melakukan latihan tangan atau latihan rentang gerak sendi. Kebanyakan perawat hanya menjalankan peran dalam pemberian terapi farmakologis dan terapi ROM aktif atau pasif tetapi jarang sekali yang mengkhususkan pada anggota gerak atas yaitu jari-jari tangan. Mengingat fungsi dari jari-jari tangan sangat berperan aktif dalam menunjang aktivitas sehari-hari. Padahal jika pasien stroke yang mengalami hemiparase dan gangguan fungsional tangan jika tidak diberikan latihan dalam perubahan posisi, otot akan memendek secara permanen dan sendi akan tetap dalam posisi fleksi (Berman et.al, 2009). Dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi fisik, pemberian latihan gerak sendi merupakan salah satu intervensi mandiri, maka penulis tertarik untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke hemoragik dengan intervensi inovasi Latihan *Lateral Prehension Grip* terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan di Ruang Stroke *Centre* AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **B. Rumusan Masalah**

Perumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimana Analisis Hasil dari Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik (SH) dengan Pemberian Intervensi Latihan *Lateral Prehension Grip* terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan di Ruang Stroke *Centre* AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017?”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien Stroke Hemoragik (SH) dengan Latihan *Lateral Prehension Grip* terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan di ruang Stroke *Centre* AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa Stroke Haemoragik.
- b. Menganalisis hasil intervensi Latihan *Lateral Prehension Grip* terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi Jari Tangan

## **D. Manfaat**

### 1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien Hasil penulisan intervensi pada KIAN ini yaitu latihan *Lateral Prehension Grip* diharapkan dapat digunakan oleh pasien stroke dan keluarga yang memiliki pasien stroke untuk meningkatkan luas gerak sendi jari tangan dan pemulihan pada anggota gerak atas.

### b. Bagi Perawat

Hasil Karya Ilmiah Ners ini diharapkan bisa menambah wawasan dan dapat bermanfaat bagi perawat khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dalam meningkatkan luas gerak sendi jari tangan dengan memberikan inovasi latihan *Lateral Prehension Grip* pada pasien Stroke Hemoragik.

### c. Bagi Tenaga Kesehatan

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat khususnya pada pasien stroke terutama yang mengalami gangguan anggota gerak atas khususnya luas gerak sendi jari tangan.

### 2. Manfaat Keilmuan

#### a. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan dan wawasan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke, terutama dalam melakukan intervensi inovasi latihan *Lateral Prehension Grip* untuk meningkatkan luas gerak sendi jari tangan.

b. Bagi Peneliti

Hasil asuhan keperawatan ini dapat dijadikan sebagai bahan tinjauan literatur untuk penelitian selanjutnya terutama yang berkaitan dengan Stroke Hemoragik yang mengalami hemiparase dalam pemulihan luas gerak sendi jari tangan dengan pemberian inovasi latihan *Lateral Prehension Grip*.

c. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan referensi sebagai salah satu intervensi yang dapat diterapkan di rumah sakit oleh perawat untuk memberikan latihan *Lateral Prehension Grip* sebagai alternative dalam meningkatkan luas gerak sendi jari tangan pada pasien Stroke Hemoragik.

d. Bagi pendidikan

Hasil asuhan keperawatan ini dapat mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan terutama yang berkaitan dengan intervensi inovasi pada pasien Stroke Hemoragik yang mengalami gangguan fungsi gerak sendi jari tangan, sehingga dapat menambah pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan.

## BAB IV

### ANALISA SITUASI

#### A. Profil Lahan Praktik

##### 1. Profil RSUD AWS Samarinda

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai *Top referral* dan sebagai rumah sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung sejak bulan Januari 2014. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan perguruan tinggi kesehatan yang ada di Kalimantan Timur baik itu institusi keperawatan (S1 Keperawatan, Profesi Ners, DIV Keperawatan, dan DIII Keperawatan) maupun Institusi Kebidanan (DIV Kebidanan dan DIII Keperawatan). Gambaran visi dan misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda:

- a. Visi: “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional 2018”.
- b. Misi :
  - 1) Meningkatkan Askes dan Kualitas Pelayanan berstandar Internasional
  - 2) Mengembangkan RS sebagai pusat pendidikan dan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan.

Jenis-jenis pelayanan RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda pada tahun 2015-2016 antara lain: kateterisasi jantung, bedah jantung, stroke centre, dan perawatan luka moderen di poliklinik yang saat ini sedang dikembangkan (Bidang Keperawatan RSUD Abdul Wahab Sjahranie, 2016).

c. Motto, Tujuan, dan Peran

Adapun motto, tujuan dan peran dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu:

1) Motto:

Respect (Santun), Excellent (Prima), Community (Bermasyarakat), Compassion (semangat), Integritas (jujur), dan Accountable (Tanggung Jawab).

2) Tujuan:

- a) Meningkatkan efisiensi efektifitas pengelolaan sumber daya di Rumah Sakit
  - b) Meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis di Rumah Sakit
  - c) Memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat secara professional
  - d) Meningkatkan kesejahteraan karyawan
  - e) Meningkatkan disiplin dan tata tertib pelaksanaan rumah sakit
- b) Fasilitas RSUD. A. W. Sjahranie

Sebagai Rumah Sakit yang baik dan demi terciptanya pelayanan yang optimal, maka RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda di lengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengobatan air limbah.

c) Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, meliputi:

- a) Program unggulan: Pelayanan jantung, revolving fund system, subsidi silang, mother and baby hospital dan bisnis strategi
- b) Sikap: Senyum, sapa, salam dan ucapan terimakasih
- c) Jenis pelayanan meliputi 34 macam pelayanan yaitu: Poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, polianak, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli bedah syaraf, poli bedah urologi, poli syaraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli laktasi, poli khusus karyawan, rehabilitasi medic, instalasi gawat darurat, radiologi: USG, CT-Scan, MRI, Angiografi, Patolog Klinik, Patalogi Anatomi, Hemodialisa, Instalasi Kedokteran, Kehakiman, Instalasi Farmasi, rujukan spesialis dari rumah sakit tipe C dan D, Puskesmas, layanan Pavilion Teratai, layanan Pavilion Sakura, ambulance, emergency dan layanan kesehatan diluar rumah sakit.

2. Profil Ruangan Stroke Centre AFI

Unit Stroke adalah ruang perawatan khusus untuk pasien stroke yang dirawat selama waktu tertentu untuk didiagnosa, diobati dan direhabilitasi oleh multidisiplin terpadu sampai kondisi medis stabil. Pelayanan unit stroke dibuka sejak tanggal 18 November 2013, kedudukan unit stroke berada dibawah Instalasi Rawat Inap (IRNA) dan termasuk perawatan *High Care*.

Lokasi terletak berdekatan dengan perawatan instensif PICU, NICU, ICU, ICCU dan tergabung dalam lingkup Instalasi Rawat Inap (IRNA). Unit stroke merupakan ruangan perawatan kelas III dan VIP terdiri dari 21 tempat tidur dilengkapi fasilitas lemari pasien, meja makan. Fasilitas dan peralatan medis di ruangan seperti oksigen dan *Suction Central*, Monitor, *infuse pump*, *syringe pump* dan alat-alat medis lainnya. Diantara tempat tidur satu dengan yang lain dibatasi dengan sekat tirai dan dimonitor oleh kamera CCTV yang dapt dipantau pada monitor di *nurse station* dalam sebuah ruangan yang letaknya di tengah ruangan diantara tempat tidur pasien.

Gambaran visi dan misi Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda:

- Visi : “Menjadikan Unit Stroke sebagai ruangan terdepan dan berkualitas dalam pelayanan”
- Misi :
  - a) Memberikan pelayanan kesehatan khusus dengan pelayanan unggulan yang cepat, tepat dan akurat.



- b) Sumber daya manusia yang amanah dan professional dilandasi iman dan takwa.
  - c) Meningkatkan sarana dan prasarana yang berkualitas dan modern yang dapat memberikan nilai lebih bagi pelayanan kesehatan.
  - d) Menciptakan iklim kerja yang kondusif berdasarkan kemanusiaan, kesejawatan, kerjasama, disiplin dan tanggung jawab.
  - e) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sumber daya manusia, sehingga mampu melaksanakan pelayanan yang professional.
  - f) Membangun kemitraan yang saling menguntungkan dengan semua ruangan dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan.
- Motto:  
*“Friendly and Caring”*
  - a) Ruang Lingkup  
Pelayanan unit stroke diberikan kepada seluruh penderita stroke yang didiagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) dan Stroke Hemoragik pada serangan pertama ataupun yang mengalami serangan berulang dalam kondisi kesadaran menurun hingga stabil dalam rentang *Gasglow Coma Scale* (GCS) 3-15 yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan observasi hingga fase pemulihan.
  - b) Sasaran

Semua pasien stroke yang datang melalui rawat jalan dan rawat inap di RSUD AW Sjahranie Samarinda.

## **B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait**

Pada praktik di rumah sakit tepatnya di ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, mahasiswa mengelola satu pasien yaitu Bapak K dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik. Asuhan keperawatan dilakukan sejak tanggal 03 juni 2017 - 07 Juni 2017. Pengkajian awal keperawatan mulai dilakukan sewaktu masuk Unit Stroke pada tanggal 03 juni 2017 sampai pasien pulang tanggal 07 Juni 2017. Klien adalah Tn. K, berjenis kelamin laki-laki, berusia 71 tahun. Dilihat dari umur klien merupakan faktor resiko terjadinya penyakit stroke, kebanyakan stroke terjadi pada usia > 45 tahun dan resiko stroke meningkat dengan bertambahnya usia. Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak (Kristiyawati dkk., 2009).

Hasil penelitian Teguh (2011) yang mendapatkan hasil perbandingan kejadian stroke antara laki-laki dan perempuan adalah 1:1. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kejadian stroke, dapat disebabkan oleh karena kejadian stroke tersebut dapat disebabkan multifaktorial, bukan hanya karena jenis kelamin, diantaranya karena diabetes melitus,

hiperkolesterolemia, merokok, alkohol dan penyakit jantung. Seseorang yang memiliki satu atau lebih faktor risiko, memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mendapatkan serangan stroke daripada orang normal pada suatu saat selama perjalanan hidupnya bila faktor risiko tersebut tidak dikendalikan (Bethesda Stroke Center, 2012).

Masalah keperawatan yang pertama ialah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan faktor risiko: *Brain injury*. Klien mengalami hipertensi sudah cukup lama, namun klien jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan karena merasa keluhan yang ia rasakan tidak mengganggu aktivitasnya, dan sesekali hanya minum obat oskadon apabila mengalami sakit kepala. Klien mengalami hemiparesis dekstra, fungsi motorik tangan dan kaki mengalami kelemahan. Kekuatan otot ekstermitas atas klien 2/5, ekstermitas bawah 2/5. Saat dilakukan test fungsi motorik dengan cara menggenggam benda sederhana, anggota motorik atas dekstra klien tidak mampu menggenggam. Dilihat dari hasil CT Scan kepala menunjukkan hiperdens berbatas tegas disebelah kiri menandakan adanya hiperdens pada area lobus kiri stroke hemoragik. Dari hasil laboratorium didapatkan hasil *Low Density Lipoprotein* (LDL) yang termasuk ambang batas tinggi, ini merupakan faktor pencetus terjadinya stroke. LDL merupakan protein transporter atau alat transportasi bagi kolesterol. Kolesterol sendiri merupakan lemak esensial untuk support membran sel. Kolesterol tidak bisa larut dalam darah, sehingga membutuhkan LDL sebagai alat transportasi. Namun jika nilai LDL dalam ambang batas tinggi, dapat menyatu dengan lemak dan zat-zat lain yang menumpuk di bagian dalam

arteri sehingga arteri tersumbat dan terjadi arterosklerosis yang menjadi pencetus terjadinya stroke (Price dan Wilson, 2009).

Masalah keperawatan kedua yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan saat pengkajian klien bernafas secara spontan, saturasi  $SpO_2=98\%$ , HR= 80x/m, dyspnea RR= 24x/i, irama ireguler, pernafasan dangkal,tidak terdapat otot bantu pernafasan cuping hidung, dan tidak ada retraksi dinding dada. Klien terpasang alat bantu pernafasan nasal kanul 5 L/menit. Saat di auskultasi terdengar suara nafas tambahan ronchi, dikarenakan terdapat mukus berlebih pada daerah mulut dan tenggorokan. Klien dibantu mengeluarkan dahak dengan suction. Klien mudah sekali *caught*/batuk. Pada klien yang mengalami stroke hemoragik terkadang ditemui gangguan pada sistem respirasi. Hal ini terkait dengan adanya gangguan kontrol respirasi sentral akibat penyakit saraf pusat seperti stroke. Selain menimbulkan gangguan kontrol respirasi sentral, stroke dapat meningkatkan risiko infeksi paru. Infeksi paru memiliki risiko yang lebih besar pada pasien dengan aspirasi dan hipoventilasi. Kontraksi otot diafragma pada sisi yang lumpuh akibat stroke akan berkurang pada pernafasan volunter (Michael Setiawan, 2013).

Masalah keperawatan ketiga yaitu risiko aspirasi dengan faktor risiko: adanya selang makan Sama seperti masalah kerusakan menelan, klien mengalami paresis nervus fasialis ditambah nervus glossofaringeus. Pada klien diperkirakan memiliki kerusakan pada fase oral dan faringeal karena cerebellum mengendalikan output untuk nuclei motoris nervus kranialis (saraf trigeminal, fasialis, dan hipoglossus). Fase faringeal sangat penting

karena tanpa mekanisme perlindungan faringeal yang utuh, aspirasi paling sering terjadi. Pada fase faringeal merupakan gerakan involunter dan kesemuanya adalah reflek, jadi tidak ada aktivitas faringeal yang terjadi sampai reflek menelan dipicu. Reflek ini melibatkan traktus sensoris dan motoris dari nervus glossofaringeus dan vagus. Selain itu klien juga mengalami paresis atau gangguan pada N12, dimana fungsi lidah mengalami penurunan. Selain fungsi mengecap, lidah memiliki fungsi mekanis yang salah satunya untuk mendorong makanan. Penurunan fungsi ini dapat juga meningkatkan risiko aspirasi pada klien.

Disfagia adalah kesulitan dalam menelan cairan dan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan (Werner, 2005 dalam Mulyatsih, 2009). Hampir 62,5% pasien stroke dengan kelainan pada batang otak mengalami aspirasi, sehingga pasien stroke mengalami gangguan proses menelan atau disfagia. Disfagia adalah kesulitan dalam menelan cairan dan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan (Werner, 2005 dalam Mulyatsih, 2009). Keluhan sulit menelan merupakan salah satu gejala kelainan atau penyakit di orofaring dan esofagus. Keluhan ini akan timbul bila terdapat gangguan gerakan otot-otot menelan dan gangguan transportasi makanan dari rongga mulut ke lambung. Sulit menelan atau disfagia terjadi pada penderita, dengan terjadinya aspirasi, proses menelan terjadi pemindahan bolus makanan dari rongga mulut ke dalam lambung. secara klinis terjadinya gangguan pada deglutasi disebut disfagia yaitu terjadi kegagalan memindah makanan dari rongga mulut sampai lambung (SS Bambang 2002).

Masalah keperawatan keempat yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Terjadi kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah bagian dekstra. Kekuatan otot ekstermitas atas 2 | 5, dan ekstremitas bawah 2 5. Tidak ada fraktur dan deformitas. Terdapat kaku sendi siku pada bagian motorik kanan atas. Terdapat kemerahan dan edema pada bagian yang mengalami kekakuan sendi. Keluhan utama klien adalah lemah bagian tubuh sebelah kanan. Klien mengalami stroke hemoragik, yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada arteri cerebralis mengakibatkan perdarahan di otak sehingga daerah distal dari lesi tidak mendapatkan suplai darah dan oksigen. Didaerah lesi terbentuk hematoma yang membentuk jaringan ikat disekitar lesi, sehingga terjadi edema cerebri dan mengakibatkan defisit neurologis yang berupa hemiparesis yang bersifat kontralateral dari daerah lesi di otak. Gangguan mobilisasi adalah satu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik yang disebabkan karena adanya gangguan pada sistem saraf pusat maupun karena ketidakmampuan otot volunter untuk melakukan tugasnya lagi (Potter, 2006). Mobilitas fisik dimana defnisi dari hambatan mobilitas fisik dalam klasifikasi NANDA (2012) adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh baik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah dengan batasan karakteristik perubahan cara berjalan, keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, penurunan kekuatan otot, pergerakan lambat (Herdman 2013).

Masalah keperawatan kelima hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (stroke). Klien tidak memiliki

masalah pada pola pendengaran, penglihatan, penciuman dan pengecapan. Namun terjadi penurunan sensasi rasa nyeri pada anggota gerak kanan. Klien tidak mampu berhitung sesuai dengan instruksi, tidak mampu membaca kalimat sederhana, klien mengalami kesulitan berbicara. Hambatan komunikasi verbal adalah penurunan, keterlambatan atau tidak adanya kemampuan untuk menerima, memproses, menghantarkan, dan menggunakan sistem simbol (segala sesuatu yang memiliki makna) (Nanda Nic NOC 2014).

Gangguan komunikasi verbal bisa terjadi pada pasien stroke dikarenakan menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan afasia. Secara umum afasia terbagi dalam tiga jenis, yaitu afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Pasien dengan motorik ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan atau mengekspresikan kata-kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang lain kepadanya. Sebaliknya, pasien afasia sensorik tidak memahami pembicaraan orang lain tetapi dapat mengeluarkan kata-kata. Akibatnya pasien afasia sensorik terlihat tidak nyambung saat diajak bicara, oleh karena otak tidak mampu menginterpretasikan pembicaraan orang lain meskipun pendengaran baik. Sedangkan bila kerusakan otak luas dan menyerang pusat ekspresi dan pusat pengertian bicara otak kiri, pasien akan mengalami afasia global. Pasien tidak mampu memahami pembicaraan orang lain, dan tidak mampu mengungkapkan kata-kata. Gangguan komunikasi verbal atau afasia adalah kehilangan atau penurunan nilai bahasa karena beberapa jenis cedera otak yang dialami pasien stroke ( Aleen Agranowitz, B 2000).

Masalah keperawatan keenam defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Klien dibantu dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dikarenakan klien mengalami hemiparese anggota gerak dekstra yang membuat kesulitan untuk mobilisasi. Kekuatan otot ekstermitas atas 2/5, dan ekstremitas bawah 2/5. Kelamahan ini menghambat klien untuk melakukan aktivitas dalam memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri sehingga memerlukan bantuan orang lain. Saat dikaji dengan instrumen Barthel Index (BI) hasil skor klien adalah 3, dimana klien memiliki ketergantungan total dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya. Pada kasus ini, keluarga pasien mengatakan bahwa aktifitas atau kegiatan sehari – hari dirumah sebelum sakit dilakukan sendiri oleh pasien, pola eliminasi BAK baik tidak ada keluhan, pola defekasi baik dan tidak ada keluhan, mandi sendiri 2 kali sehari, cuci rambut 3 hari sekali, menggosok gigi 2 kali sehari, nafsu makan baik, makan 3 kali sehari, diet makanan biasa, minum air putih 6-8 gelas sehari, olah raga tidak pernah, tidur kurang lebih 6-8 jam sehari. Saat ini dalam pemenuhan semua kebutuhan aktivitas sehari-hari (ADL) dibantu oleh perawat dan keluarga karena klien mengalami hemiparese ekstremitas dextra dan penurunan tingkat kesadaran serta penatalaksanaan fase akut pasien tidak boleh duduk, berdiri dan beraktivitas sebelum 10 hari karena dapat memicu stroke berulang (Guideline stroke, 2007).

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, makan, dan BAB/BAK (Fitria, 2009). Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan



pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. Imobilitas juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (*nerve pressure palsies*) (Summers, 2009). Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu besarnya kemampuan sistem saraf mengaktivasi otot untuk melakukan kontraksi. Semakin banyak serabut otot yang teraktivasi, maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut (Cahyati, 2011). Penurunan kekuatan otot merupakan manifestasi dari hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) yang paling sering ditemukan pada pasien stroke. Saat dikaji dengan instrumen *barthel index* (BI) skor klien adalah 3 (Ketergantungan Total). Kelamahan ini mengakibatkan klien dengan stroke mengalami defisit perawatan diri dan memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya tersebut. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). *Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Potter & Perry, 2010). Klien dalam melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan dasarnya memerlukan bantuan orang lain salah satunya dalam pemenuhan perawatan dirinya. Apabila masalah terkait defisit

perawatan diri ini tidak diatasi, maka akan mengakibatkan permasalahan yang dapat mempengaruhi kesehatan klien. Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, dan gangguan fisik pada kuku.

Masalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Klien mengalami stroke serangan pertama, klien sempat dirawat di rumah saat serangan muncul dan tidak langsung di bawa ke pelayanan kesehatan. Keluarga tidak begitu paham mengenai keadaan dan penyakit yang diderita oleh Tn. K saat ini. Penyakit stroke merupakan salah satu penyakit yang banyak menimbulkan gejala sisa, serta memerlukan waktu yang lama dalam pemulihan dan rehabilitatifnya. Sehingga, peran keluarga sangat penting pada pemulihan penyakit stroke dan mencegah terjadinya serangan berulang. Keluarga harus memiliki pengetahuan yang baik terkait penyakit yang dialami klien, sehingga keluarga mampu merawat klien ketika klien sudah dipulangkan, dan melanjutkan terapi yang telah dilakukan di RS. Inilah yang menyebabkan pengetahuan keluarga mengenai penyakit sangat penting dalam pemulihan pasien pascastroke.

Kurang pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topik spesifik (Nanda Nic Noc 2010). Serangan stroke ulang pada umumnya berakibat lebih fatal dibandingkan dengan serangan yang pertama. Menurut penelitian Xu (2006), serangan stroke ulang pada satu tahun pertama pasca stroke dijumpai sebanyak 11,2% kasus. Pada penelitian Xu ini, serangan ulang disebabkan oleh kegagalan dalam

mengontrol faktor resiko, khususnya pengendalian terhadap hipertensi dan kebiasaan merokok. Menurut Pinzon (2010), rutin melakukan kontrol, melakukan diet seimbang, melakukan gerakan fisik yang teratur dan berhenti merokok dapat mencegah terjadinya serangan berulang pada pasien stroke. Keluarga harus memiliki pengetahuan yang baik terkait penyakit yang dialami klien sehingga keluarga mampu merawat klien ketika klien sudah dipulangkan, dan melanjutkan terapi yang telah dilakukan di RS. Inilah yang menyebabkan pengetahuan keluarga mengenai penyakit sangat penting dalam pemulihan pasien pascastroke. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan penderita (Mulyatsih, 2008). Pengambilan keputusan untuk tindakan kesehatan pada pasien stroke bergantung dari sikap dan pengetahuan keluarga pasien stroke sendiri. Penelitian yang dilakukan oleh Haghghi (2009) menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap keluarga merupakan faktor resiko stroke yang paling penting. Dalam penelitiannya, dikemukakan bahwa keluarga pasien stroke masih lalai dalam melakukan pengontrolan hipertensi dan kebiasaan merokok yang dapat menimbulkan terjadinya serangan stroke ulang.

Dari ketujuh masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (penurunan kekuatan otot dan rentang gerak sendi pada ekstremitas kanan atas) penulis tertarik melakukan terapi untuk melatih rentang gerak sendi yaitu Latihan *Lateral Prehension Grip* terhadap *Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS)*. Dari Salah satu latihan

fungsional tangan yang dapat diaplikasikan adalah latihan *Lateral Prehension Grip*.

*Lateral prehension grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda pada sela-sela jari tangan. Latihan ini diharapkan dapat mencegah komplikasi dari mobilisasi, seperti atrofi otot dan kekakuan atau spastisitas yang juga berguna untuk mengembalikan fungsi persendian secara optimal. (Irfan, 2010). Beberapa studi telah dilakukan mengenai terapi ini diantaranya, Pengaruh Latihan *Lateral Prehension Grip* Terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan Pada Pasien Stroke (Victoria, 2014).

### **C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait**

Intervensi inovasi yang dilakukan pada klien Bapak K dengan menggunakan latihan *Lateral Prehension Grip* yaitu suatu tehnik untuk meningkatkan luas gerak sendi jari-jari tangan pada ekstremitas atas dengan masalah stroke hemoragik. Metode ini adalah metode yang sederhana dalam mengatasi masalah fungsional tanga dari beberapa penelitian, metode ini efektif untuk meningkatkan kekuatan otot-otot jari tangan ketika sebuah obyek digenggam dengan kekuatan penuh oleh bagian sela-sela jari-jari tangan selama 7 hitungan dan latihan ini diberikan sebanyak 2 kali sehari. Klien diharapkan akan dapat mengikuti gerakan yang dihasilkan sehingga ekstremitas yang mengalami kelemahan akan dapat terstimulasi dan menunjukkan peningkatan derajat luas gerak sendi yang mengalami kelemahan kemudian akan diukur menggunakan penggaris goniometri.

Tabel 4.1 Hasil Implementasi Inovasi

LGS abduksi	Hari 1				Hari 2				Hari 3			
	Latihan 1		Latihan 2		Latihan 1		Latihan 2		Latihan 1		Latihan 2	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	pre	Post	Pre	Post
Jari jempol	2 <sup>0</sup>	3 <sup>0</sup>	4 <sup>0</sup>	6 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>	15 <sup>0</sup>	16 <sup>0</sup>	15 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>
Jari telunjuk	5 <sup>0</sup>	7 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>	15 <sup>0</sup>
Jari tengah	4 <sup>0</sup>	5 <sup>0</sup>	5 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>	15 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>
Jari manis	5 <sup>0</sup>	7 <sup>0</sup>	5 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	9 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>
Jarikelingking	5 <sup>0</sup>	5 <sup>0</sup>	5 <sup>0</sup>	6 <sup>0</sup>	6 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	8 <sup>0</sup>	10 <sup>0</sup>
Total peningkatan	6 <sup>0</sup>		11 <sup>0</sup>		9 <sup>0</sup>		8 <sup>0</sup>		6 <sup>0</sup>		8 <sup>0</sup>	

LGS abduksi	Hari 4				Hari 5	
	Latihan 1		Latihan 2		Latihan 1	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	post
Jari jempol	8 <sup>0</sup>	12 <sup>0</sup>	20 <sup>0</sup>	24 <sup>0</sup>	25 <sup>0</sup>	26 <sup>0</sup>
Jari telunjuk	16 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	19 <sup>0</sup>	22 <sup>0</sup>	20 <sup>0</sup>	24 <sup>0</sup>
Jari tengah	18 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	20 <sup>0</sup>	22 <sup>0</sup>	24 <sup>0</sup>
Jari manis	15 <sup>0</sup>	17 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	20 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	21 <sup>0</sup>
Jarikelingking	12 <sup>0</sup>	14 <sup>0</sup>	15 <sup>0</sup>	18 <sup>0</sup>	19 <sup>0</sup>	23 <sup>0</sup>
Total peningkatan	10 <sup>0</sup>		14 <sup>0</sup>		14 <sup>0</sup>	

Setelah dilakukan implementasi inovasi pada Tn. K, selama 9 kali pertemuan dalam 5 hari diperoleh data hasil pengukuran LGS jari-jari tangan sebagai berikut:

- a.** Dihari pertama hasil akhir pengukuran derajat LGS pada anggota gerak atas sebelah kanan latihan 1 LGS ibu jari  $3^{\circ}$ , jari telunjuk  $7^{\circ}$ , jari tengah  $5^{\circ}$ , jari manis  $7^{\circ}$ , jari kelingking  $5^{\circ}$  dan hasil LGS pada latihan ke 2 yaitu ibu jari  $6^{\circ}$ , jari telunjuk  $10^{\circ}$ , jari tengah  $8^{\circ}$ , jari manis  $8^{\circ}$ , jari kelingking  $6^{\circ}$ .
- b.** Hari kedua hasil akhir pengukuran derajat LGS pada anggota gerak atas sebelah kanan latihan 1 LGS ibu jari  $10^{\circ}$ , jari telunjuk  $12^{\circ}$ , jari tengah  $12^{\circ}$ , jari manis  $9^{\circ}$ , jari kelingking  $8^{\circ}$  dan hasil LGS pada latihan ke 2 yaitu ibu jari  $14^{\circ}$ , jari telunjuk  $12^{\circ}$ , jari tengah  $14^{\circ}$ , jari manis  $10^{\circ}$ , jari kelingking  $8^{\circ}$ .
- c.** Hari ketiga hasil akhir pengukuran derajat LGS pada anggota gerak atas sebelah kanan latihan 1 LGS ibu jari  $16^{\circ}$ , jari telunjuk  $14^{\circ}$ , jari tengah  $18^{\circ}$ , jari manis  $10^{\circ}$ , jari kelingking  $8^{\circ}$  dan hasil LGS pada latihan ke 2 yaitu ibu jari  $18^{\circ}$ , jari telunjuk  $15^{\circ}$ , jari tengah  $18^{\circ}$ , jari manis  $14^{\circ}$ , jari kelingking  $10^{\circ}$ .
- d.** Hari keempat hasil akhir pengukuran derajat LGS pada anggota gerak atas sebelah kanan latihan 1 LGS ibu jari  $22^{\circ}$ , jari telunjuk  $18^{\circ}$ , jari tengah  $18^{\circ}$ , jari manis  $17^{\circ}$ , jari kelingking  $14^{\circ}$  dan hasil LGS pada latihan ke 2 yaitu ibu jari  $24^{\circ}$ , jari telunjuk  $22^{\circ}$ , jari tengah  $20^{\circ}$ , jari manis  $20^{\circ}$ , jari kelingking  $18^{\circ}$ .

e. Hari kelima hasil akhir pengukuran derajat LGS pada anggota gerak atas sebelah kanan latihan 1 LGS ibu jari  $26^{\circ}$ , jari telunjuk  $24^{\circ}$ , jari tengah  $24^{\circ}$ , jari manis  $21^{\circ}$ , jari kelingking  $23^{\circ}$

Nilai akhir seperti yang tercantum pada goniometer kemudian dikurangi angka yang dimulai dari angka akhir latihan dengan nilai angka normal LGS abduksi-adduksi sendi metacarpal yaitu  $30^{\circ}$  untuk mengetahui jangkauan gerak dari sendi dan keterbatasan gerak sendi. Kemudian bandingkan angka ini dengan nilai-nilai standar untuk melihat apakah ada kekurangan gerak pada sendi. Hasil yang didapatkan dari nilai akhir LGS jari-jari tangan pada latihan akhir yaitu dihari kelima adalah nilai rentang gerak sendi ibu jari  $26^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerak sendi  $4^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari telunjuk  $24^{\circ}$ , dimana klien memiliki keterbatasan gerak sendi  $6^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari tengah  $24^{\circ}$ , dimana klien memiliki keterbatasan gerak sendi  $6^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari manis  $21^{\circ}$ , dimana klien memiliki keterbatasan gerak sendi  $9^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari kelingking  $23^{\circ}$ , dimana klien memiliki keterbatasan gerak sendi  $7^{\circ}$  dari nilai angka normal. Meskipun nilai LGS abduksi-adduksi metacarpal adalah  $30^{\circ}$ , namun setelah diberikan implementasi selama 5 hari terjadi peningkatan nilai derajat LGS yang cukup signifikan. Selain itu, hari implementasi yang cukup singkat juga menjadi kunci keberhasilan terapi ini. Terapi hanya dilakukan selama 5 hari, dikarenakan klien pulang. Namun perawat telah mengajarkan cara melakukan terapi latihan rentang gerak sendi *lateral prehension grip* kepada keluarga

untuk dapat dilanjutkan dirumah. Meskipun latihan gerak sendi belum meningkat sepenuhnya (nilai normal  $30^{\circ}$ ).

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa hasil implementasi inovasi yang dilakukan 2x sehari, yaitu latihan ke 1 dan latihan ke 2 pada pasien stroke. Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari hari ke hari, terjadi peningkatan skor luas gerak sendi setelah dilakukan terapi. Hasil jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari tangan hari pertama pada latihan 1 yaitu  $6^{\circ}$  dan pada latihan ke 2 yaitu  $11^{\circ}$ , hari kedua total jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari tangan latihan 1 yaitu  $9^{\circ}$  dan latihan ke 2 yaitu  $8^{\circ}$ , hari ketiga total jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari tangan latihan ke 1 yaitu  $6^{\circ}$  dan latihan ke 2 yaitu  $8^{\circ}$ , hari keempat total jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari tangan latihan ke 1 yaitu  $10^{\circ}$  dan latihan ke 2 yaitu  $14^{\circ}$ , hari kelima total jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari tangan latihan ke 1 yaitu  $14^{\circ}$  dan latihan ke 2 tidak dilakukan karna pasien tersebut sudah pulang.

Namun, sudah diberikan pendidikan kesehatan mengenai terapi sehingga bisa melanjutkannya dirumah. Meskipun skor luas gerak sendi belum meningkat sepenuhnya untuk nilai normal yaitu  $30^{\circ}$ . Namun dari hari kehari ada yang terjadi peningkatan ada juga yang tidak terjadi peningkatan luas LGS. Hari pemberian terapi yang cukup singkat dapat mempengaruhi hasil yang didapat, dimana implementasi hanya dilakukan selama 5 hari. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Yulinda (2009) mendapatkan hasil bahwa adanya peningkatan kekuatan otot dan kemampuan fungsional klien setelah dilakukan ROM secara teratur selama 4 minggu. Berdasarkan



penelitian yang telah disampaikan diatas yang berkaitan dengan latihan luas gerak sendi, hampir semua penelitian menggunakan latihan luas gerak sendi, dimana hanya dilakukan pada bagian ekstermitas yang mengalami hemiparise. Latihan luas gerak sendi pada pasien stroke dapat dilakukan pada semua ekstermitas yang mengalami hemiparase ataupun tidak, latihan ini disebut *LGS bilateral (Neurodevelopment Treatment (NDT) ) Approach* adalah penelitian yang dilakukan oleh Yulinda (2009) yang menyimpulkan bahwa perkembangan kemampuan kekuatan otot dan refleks yang berhubungan dengan perkembangan motorik dapat mengalami peningkatan. Penelitian yang dilakukan oleh Stoykov (2009) menyimpulkan bahwa latihan luas gerak sendi bilateral dapat meningkatkan kekuatan otot kemampuan fungsional.

Luas pergerakan sendi merupakan salah satu terapi lanjutan pada pasien stoke setelah fase akut telah terlewati atau memasuki fase pemulihan. LGS adalah latihan gerakan luas sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun aktif. Latihan aktif membantu mempertahankan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot serta meningkatkan penampilan kognitif. Sebaliknya, gerakan pasif, yaitu menggerakkan sendi seseorang melalui luas gerakan oleh orang lain, hanya membantu mempertahankan fleksibilitas (Potter & Perry, 2005)

Hambatan dalam melakukan intervensi ini adalah, klien harus dalam keadaan sadar walaupun tidak penuh setidaknya klien dapat mengerti arahan dan perintah, serta mampu diajak untuk berlatih menggerakkan tangannya. Mengingat tujuan latihan ini untuk mengembalikan fungsi tangan alat yang

digunakan untuk mengevaluasi fungsi motorik atas cukup banyak dan sangat sederhana, sangat mudah didapatkan. Selain itu klien harus mengerti tujuan terapi dan langkah-langkah test yang akan dilakukan. Kondisi klien yang sudah tua (71 Tahun), mudah sekali mengantuk dan kesulitan berbicara juga menjadi pertimbangan, karena harus terus menerus mengulang instruksi dan berbicara keras agar klien paham sehingga memerlukan waktu yang lebih lama dalam melakukan implementasi atau terapi.

Serangan stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktivitasnya secara normal. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara cepat dan tepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal, serta menghindari kelemahan otot dan gangguan fungsi lain. Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu) (Irfan 2010).

*Menurut Canadian best practice recommendations for stroke care* (2013) mengatakan bahwa hal yang pertama yang dilakukan untuk rehabilitasi stroke adalah *range of motion* (ROM) atau rentang gerak sendi, karena pasien yang terkena stroke memiliki kelumpuhan motorik dan sensorik. Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensorik. Motorik dan

sensorik adalah bagian penting dalam menggerakkan anggota badan untuk melakukan aktivitas. Biasanya harus melibatkan pasien selama tugas fungsional dan dirancang untuk menstimulasi keterampilan dalam pemenuhan aktivitas, sehingga kedua komponen ini harus didahulukan untuk rehabilitasi. Proses rehabilitasi pasien stroke merupakan motor *learning* yang merupakan satu set proses latihan motorik yang mempengaruhi keadaan internal system saraf pusat. Latihan ini dilakukan dengan melibatkan memori jangka panjang tentang kemampuan motorik dan dipelajari kembali sehingga memudahkan pasien untuk memiliki kemampuan motorik yang telah dipelajari dulu (Mudie & Matyas, 2000). Menurut Irfan (2010), menjelaskan bahwa tangan merupakan bagian yang sangat penting digunakan oleh manusia dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan merupakan bagian yang paling aktif. Banyak dijumpai penderita stroke mengalami ketidakmampuan fungsi tangan (*prehension*) diakibatkan oleh adanya instabilitas dari pergelangan tangan serta hiperekstensi dari sendi metacarpal. Lesi yang terdapat pada bagian otak yang mengakibatkan kelemahan akan sangat menghambat dan mengganggu kemampuan dan aktivitas sehari-hari.

Menurut Asmadi (2008), juga menjelaskan penderita stroke yang mengalami kelemahan atau hemiparase pada salah satu sisi anggota gerak tubuhnya sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi) yang tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat akan menimbulkan komplikasi diantaranya kontraktur. Kontraktur adalah salah satu penyebab terjadinya penurunan kemampuan pasien stroke dalam melakukan rentang

gerak sendi dan dapat menurunkan jangkauan luas gerak sendi pada bagian yang sakit, untuk itu dengan memulai terapi sedini mungkin diharapkan dapat mengurangi komplikasi akibat terjadinya serangan tersebut.

Pemulihan motoris anggota gerak atas dapat terjadi oleh karena pemberian latihan seperti latihan rentang gerak sendi. Rentang gerak sendi bertujuan agar meningkatkan kontrol motorik dan mengembalikan fungsi sensorik. Latihan ini dilakukan secara teratur dan berulang-ulang dengan cara meluruskan atau menekuk satu atau beberapa sendi serta menggerakannya ke semua arah sebagaimana gerakan sendi secara normal. Dalam latihan gerak terdapat suatu latihan fungsional tangan yang bertujuan mengembalikan fungsi tangan secara optimal. Bentuk dari latihan fungsional tangan yaitu *Power Grip* yang merupakan bagian dari fungsional tangan yang dominan. *Power Grip* terdiri dari *Cylindrical Grip*, *Spherical Grip*, *Hook Grip*, *Lateral Prehension Grip* dan *Precision Handling*. Gerak pada tangan dapat distimulasi dengan latihan fungsi menggenggam yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam. Salah satu latihan fungsional yang dapat diaplikasikan adalah latihan *Lateral Prehension Grip*. *Lateral prehension grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda pada sela-sela jari tangan. Latihan ini diharapkan dapat mencegah komplikasi dari mobilisasi, seperti atrofi otot dan kekakuan atau spastisitas yang juga berguna untuk mengembalikan fungsi persendian secara optimal dan pada akhirnya akan

memungkinkan penderita stroke bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri atau independen (Irfan, 2010).

Latihan *lateral prehension grip* merupakan serangkaian gerakan yang dilakukan dalam ruang gerak melalui persendian pada jari tangan yang melibatkan seluruh struktur pada persendian, sehingga dapat memperluas ruang gerak sendi yang mengalami kekakuan atau kelemahan sehingga dapat mencapai peningkatan. Beberapa penelitian mengatakan bahwa latihan menggenggam sederhana ini membantu sirkulasi dan nutrisi sinovial sehingga dapat menurunkan pembentukan kontraktur dan meningkatkan luas gerak sendi jari. Secara umum observasi terhadap suatu gerakan menggenggam menjadi suatu bentuk latihan yang digunakan sebagai dasar.

Pemeriksaan fungsi lingkup gerak sendi adalah tindakan pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui luas atau jarak yang bisa dicapai oleh suatu persendian saat sendi tersebut bergerak, baik secara aktif maupun secara pasif. Pengukuran yang tepat terhadap luas gerak sendi dapat dilakukan dengan menggunakan alat goniometer yaitu suatu busur derajat yang dirancang khusus untuk mengevaluasi gerakan sendi dan lembar observasi latihan fungsional jari tangan. Goniometer Istilah goniometri berasal dari dua kata dalam bahasa Yunani yaitu *gonia* yang berarti sudut dan *metron* yang berarti ukur. Oleh karena itu goniometri berkaitan dengan pengukuran sudut, khususnya sudut yang dihasilkan dari sendi melalui tulang-tulang tubuh manusia (Muttaqin, 2010).

Rentang gerak sendi biasanya diukur berdasarkan derajat besarnya sudut maksimal yang dicapai oleh sendi disebut luas gerak sendi Goniometri

berkaitan dengan pengukuran sudut, khususnya sudut yang dihasilkan dari sendi melalui tulang-tulang ditubuh manusia. Goniometri dapat digunakan untuk menentukan posisi sendi yang tepat dan jumlah total dari gerakan yang dapat terjadi pada suatu sendi. Goniometri digunakan untuk mengukur dan mendata kemampuan gerakan sendi aktif dan pasif. Goniometri juga digunakan untuk menggambarkan secara akurat posisi abnormal sendi (Irfan, 2010).

Latihan *luas gerak sendi* sangat efektif dalam meningkatkan kekuatan otot yang melemah yang diakibatkan oleh stroke. Hal ini diperkuat oleh beberapa penelitian yang telah dilakukan, seperti penelitian Fitria dan Maimurahman (2010) yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi mendapatkan hasil bahwa terapi luas gerak sendi dinyatakan efektif dalam meningkatkan kekuatan ekstermitas penderita stroke dengan nilai  $p=0,003$  ( $p < 0,05$ ). Penelitian Murtaqin (2013) menyatakan bahwa luas gerak sendi selama 1-2 minggu dapat meningkatkan luas gerak sendi sendi siku dengan nilai  $p=0,001$  ( $p < 0,05$ ). Penelitian menunjukkan bahwa responden penelitian yang melakukan luas gerak sendi mengalami perbaikan pada fungsi aktivitas, seperti nyeri, rentang gerak, dan gejala depresi.

#### **D. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan**

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien kelolaan dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Pasien memiliki peranan

penting untuk melakukan perawatan mandiri (*self care*) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang dirumah sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari *self care* adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi dokter seperti diit, pembatasan cairan maupun pembatasan aktivitas. *Self care* yang dimiliki oleh pasien kelolaan masih kurang optimal.

Alternatif lain adalah dengan cara mengajarkan keluarga masalah proses penyakit dan terapi yang dilakukan di RS dalam hal ini terapi latihan *lateral prehension grip*. Perawat telah mengajarkan langkah-langkah melakukan terapi tersebut didepan keluarga agar keluarga mengetahui dengan jelas tujuan dan cara melakukannya. Selain itu juga memberikan protap tindakan kepada keluarga untuk bisa dibawa pulang sebagai acuan dalam melakukan latihan mandiri dirumah dan perlu didampingi oleh keluarga. Keluarga menjadi salah satu bagian penting dalam pemulihan pasien pascastroke. Selain itu, keluarga juga bisa menjadi jembatan agar klien bisa lebih patuh pada program pengobatan dan latihan agar pemulihan klien bisa lebih optimal meski sudah keluar dari RS. Latihan yang bisa dilakukan oleh keluarga pasien dengan memberi benda untuk melatih latihan pergerakan, misalnya bola karet. Juga dapat dikombinasikan dengan pemberian *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) yaitu pasien diharuskan menggunakan sisi tangan yang sakit atau yang mengalami kelemahan saat melakukan program terapi dan aktivitas sehari-hari sementara sisi tangan lain yang sehat atau yang tidak mengalami kelemahan

sengaja ditahan atau dipaksa agar tidak digunakan untuk bergerak melakukan aktifitas sehari-hari tersebut.

*Latihan rentang gerak sendi* dapat menggerakkan persendian seoptimal mungkin dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang dan tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakkan. Adanya pergerakan pada persendian akan menyebabkan terjadinya peningkatan aliran darah kedalam kapsula sendi. Ketika sendi digerakkan, permukaan kartilago antara kedua tulang akan saling bergesekan. Kartilago banyak mengandung proteoglikans yang menempel pada asam hialuronat yang bersifat hidrophilik. Bila tekanan berhenti maka air yang keluar ke cairan synovial akan ditarik kembali dengan membawa nutrisi dari cairan (Ulliya, et al,2007)

Melakukan latihan rentang gerak sendi pada pasien stroke frekuensi empat kali dalam sehari selama tujuh hari, latihan ini memberikan kemajuan yang signifikan bagi kekuatan otot pasien (Astrid 2008). Latihan rentang gerak sendi memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif. Latihan aktif membantu fleksibilitas sendi dan kekuatan otot serta meningkatkan penampilan kognitif. Sebaliknya, pasif yaitu menggerakkan sendi seseorang melalui rentang geraknya oleh orang lain, hanya membantu mempertahankan fleksibilitas (potter & perry, 2006).



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis yang dilaksanakan pada tanggal 03 juni 2017–5 juni 2017. Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa:

1. a) Pengkajian pada kasus Tn. K berusia 71 tahun dengan diagnosis medis Stroke Hemoragik (SH) klien mengalami SH serangan pertama (akut), kelumpuhan gerak tubuh sebelah kanan atau hemiparase dextra, sehingga klien diperlukan perawatan intensif, pemantaun tekanan darah dan kekuatan otot. Data yang ditemukan saat pengkajian kondisi klien adalah; Kesadarans amnolen, GCS E<sub>4</sub> M<sub>5</sub> V<sub>2</sub> tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, frekuensi pernapasan: 24x/menit, suhu: 37,0<sup>0</sup> C, Tangandan kaki kanan klien tidak bisa digerakkan dan mengalami kesulitan untuk berbicara. Paru: auskultasi vesikuler di seluruh lapang paru, terdengar suara napas tambahan ronchi. Abdomen; *soefl*, datar, hepar atau limpa dalam batas normal, bising usus 11 x/menit. Status neurologis; pupil isokor, diameter pupil 3/3, refleksi terhadap cahaya 3/3. Kekuatan otot ekstremitas atas 2/5, ekstremitas bawah 2/5, sensibilitas; Fungsi syaraf otonom; konstipasi tidak ada, klien terpasang urin kateter. Terdapat gangguan/paresis pada N.7 (klien tidak dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi dan senyum klien tidak simetris), N.9-N.10

(tidak mampu mengucapkan aaa dengan jelas), N.11 (Kelemahan otot ekstremitas dextra), dan N.12 (Kelemahan atau gangguan mekanis lidah). Hasil CT Scan kepala menunjukkan hiperdens pada area lobus disebelah kiri menandakan adanya stroke hemoragik.

- b) Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn. K adalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan faktor risiko: Brain injury. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Resiko aspirasi dengan faktor risiko: Adanya selang makan. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (Stroke). Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- c) Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus Tn. K adalah resiko ketidakefektifan jaringan serebral dengan faktor risiko : Brain injuri. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Resiko aspirasi dengan faktor risiko: a danya selang makan. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologi stoke. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- d) Salah satu masalah utama yang diangkat adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Indikator yang

ditetapkan untuk diagnosa ini adalah Jari-Jari (Kanan) dipertahankan pada skala 2 (Buruk) ditingkatkan ke skala 3 (Sedang), Jempol (Kanan) dipertahankan pada skala 2 (Buruk) ditingkatkan ke skala 3 (Sedang) Pergelangan tangan dipertahankan pada skala 2 (Buruk) ditingkatkan ke skala 3 (Sedang).

- e) Perencanaan intervensi keperawatan menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian pada masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan stroke yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Adapun indikator tersebut adalah mempertahankan kekuatan otot, mempertahankan kelenturan tulang sendi, menggunakan latihan yang ditentukan untuk menghindari cedera dan menggunakan mekanika tubuh secara tepat mampu mengenali.
  - f) Implementasi keperawatan yang telah dilakukan untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot adalah melatih rentang gerak sendi dengan melakukan terapi inovasi *lateral prehension grip* untuk meningkatkan luas gerak sendi, mengukur tanda-tanda vital dan memobilisasi klien setiap 2-4 jam sekali pada pasien stroke dengan masalah kelemahan anggota motorik dextra.
2. Evaluasi yang didapatkan pada kasus Tn. K setelah dilakukan implementasi inovasi keperawatan latihan *lateral prehension grip* terhadap luas gerak sendi (LGS) jari tangan didapatkan hasil nilai akhir seperti yang tercantum pada goniometer kemudian dikurangi angka

yang dimulai dari angka akhir latihan dengan nilai angka normal LGS abduksi-adduksi sendi metacarpal yaitu  $30^{\circ}$  untuk mengetahui jangkauan gerak dan keterbatasan gerak dari sendi. Hasil yang didapatkan dari nilai akhir LGS jari-jari tangan pada latihan terakhir yaitu dihari ke lima adalah nilai rentang gerak sendi ibu jari  $26^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerakan sendi  $4^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari telunjuk  $24^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerakan sendi  $6^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari tengah  $24^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerakan sendi  $6^{\circ}$  dari nilai angka normal. Nilai rentang gerak sendi jari manis  $21^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerakan sendi  $9^{\circ}$  dari nilai angka normal dan terakhir nilai rentang gerak sendi jari kelingking  $23^{\circ}$  dimana klien memiliki keterbatasan gerakan sendi  $7^{\circ}$  dari nilai angka normal. Meskipun nilai angka normal LGS abduksi-adduksi sendi metacarpal adalah  $30^{\circ}$ , namun setelah diberikan implementasi selama 5 hari, terjadi peningkatan nilai derajat LGS yang cukup signifikan.

Hasil akhir total peningkatan keseluruhan jari-jari tangan didapatkan dihari pertama latihan total jumlah peningkatan derajat LGS kelima jari-jari pada latihan 1 yaitu  $6^{\circ}$  dan pada latihan ke 2 yaitu  $11^{\circ}$ . Pada latihan hari kedua total jumlah peningkatan LGS kelima jari-jari kelima jari-jari pada latihan 1 yaitu  $9^{\circ}$  dan pada latihan ke 2 yaitu  $8^{\circ}$ . Pada latihan hari ketiga total jumlah peningkatan LGS kelima jari-jari kelima jari-jari pada latihan 1 yaitu  $6^{\circ}$  dan pada latihan ke 2 yaitu  $8^{\circ}$ . Pada latihan hari keempat total jumlah peningkatan LGS kelima jari-jari

kelima jari-jari pada latihan 1 yaitu  $10^\circ$  dan pada latihan ke 2 yaitu  $14^\circ$ . Pada latihan hari terakhir ( hari ke 5) total jumlah peningkatan LGS kelima jari-jari kelima jari-jari pada latihan 1 yaitu  $14^\circ$ , latihan ke 2 tidak dapat dilanjutkan dikarenakan pasien pulang. Selama 5 hari pelatihan dengan 2 kali latihan setiap harinya ditemukan adanya peningkatan derajat luas gerak sendi pada kelima jari-jari tangan. Meskipun jumlah peningkatan masing-masing derajat luas gerak sendi jari tangan belum mencapai nilai angka normal LGS abduksi-adduksi sendi metacarpal yaitu  $30^\circ$ . Namun, peningkatan nilai derajat LGS sudah cukup signifikan.

## **B. Saran**

1. Bagi Rumah Sakit
  - a. Diharapkan rumah sakit dapat menerapkan latihan *Lateral Prehension Grip* sebagai alternative pemecahan masalah pada pasien stroke dalam meningkatkan luas gerak sendi jari tangan yang mengalami gangguan fungsi motorik atas
  - b. Diharapkan perawat dapat memiliki kompetensi untuk melakukan dan menerapkan intervensi keperawatan yaitu memberikan latihan *Lateral Prehension Grip* sebagai alternative dalam meningkatkan luas gerak sendi jari tangan pada pasien Stroke
  - c. Diharapkan RS dapat menyediakan peralatan yang diperlukan dalam melakukan latihan *Lateral Prehension Grip* di ruangan yang memiliki pasien stroke

d. Diharapkan RS bisa memberikan house training mengenai tindakan rehabilitatif dasar salah satunya adalah latihan *Lateral Prehension Grip*

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan dapat mengembangkan intervensi keperawatan dalam mengelola penderita stroke khususnya *Lateral Prehension Grip* dalam meningkatkan luas gerak sendi Jari Tangan sebagai intervensi inovasi yang diterapkan. Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk menangani pasien stroke.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan pemahaman terbaru mengenai terapi- terapi latihan untuk menyelesaikan masalah pada pasien stroke salah satunya terapi *lateral prehension grip* dan asuhan keperawatan pada pasien stroke sehingga menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan prestasi akademik maupun keterampilan klinik saat terjun ke dunia kerja. Perawat juga diharapkan bisa lebih mengupgrade ilmu dengan membaca jurnal-jurnal terbaru mengenai rehabilitatif pasien stroke.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

*Lateral Prehension Grip* untuk meningkatkan luas gerak sendi jari tangan dapat dilakukan dengan menggunakan alat yang sederhana dapat mendapatkan hasil yang maksimal. Diharapkan, setelah diberikan pengajaran dan penjelasan mengenai terapi inovasi ini, klien

dan keluarga dapat menerapkannya dirumah secara mandiri, teratur, serta bersungguh-sungguh bagi pasien.

5. Bagi Penelitian Keperawatan

- a. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengkombinasi hasil intervensi inovasi *Lateral Prehension Grip* dengan intervensi inovasi yang lainnya dalam meningkatkan luas gerak sendi pada anggota motorik pasien stroke
- b. Diharapkan peneliti selanjutnya bisa meneruskan penelitian pengaruh *Lateral Prehension Grip* untuk meningkatkan luas gerak sendi pada anggota motorik bawah pasien stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

Ahyar.2012. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.

Al Rasyid, LynaSoertiwi. (2007). *Unit Stroke: Manajemen Stroke secaraKomprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia

Auryn, virzara. (2009). *Mengenal dan Memahami Stroke*. Jogjakarta : Kata Hati

Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika

Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/296198>.  
Downloaded on April 10, 2016.

Bartlett JG. *Aspiration Pneumonia In Adults*. Updated on July 6, 2015.  
Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Downloaded on April 10, 2016.

Batticaca Fransisca, C. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Edisi 5*. Jakarta: EGC

Black, J.M, Hawks J.H. (2006). *Medical Surgical Nursing, Clinical Managementfor Positive Outcomes (8thEdition)*, Philadelphia: WB. Saunders Company

Bruno A, Kaelin DL, Yilmaz EY. (2000). *The Subacute Stroke Patient: hours 6 to 72 after stroke onset*. In Cohen SN. *Management of Ischemic Stroke*. McGraw-Hill. Hal. 53-87



Chang, Esther. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta: EGC

Dahlan Z. (2015). Pneumonia Bentuk Khusus dalam Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setiohadhi B, Syam AF (Ed.). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI*. Jakarta: Interna Publishing. 2015. p.2300-2301.

Dinkes Jateng. 2012. Data Prevalensi Penyakit Stroke.

Dohle. (2008). *Mirror Therapy Promotes Recovery From Severe Hemiparesis: A Randomized Controlled Trial*. The American Society of Neuro rehabilitation

Eliana, Arifa. (2007). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Stroke dengan Perilaku Mencegah Stroke pada Klien Hipertensi Di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol. 3, No. 2, Desember 2007: 88

Ginsberg, Lionel. (2007). *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta :Erlangga

Gleadle, Jonathan. (2007). *Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta:Penerbit Erlangga

Hacke W, et al. (2003) *Ischemic Stroke Prophylaxis and Treatment-European Stroke initiative Recommendations*

Harsono. (2005). *Buku Ajar NeurologiKlinis. Edisi 3*.Jogjakarta: UGM Press

Hankey J. (2002). *Your Question answered Stroke*. Australia : Harcourt Publisher Limited. Hal 2

Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC

Irdawati. (2008). *Perbedaan Pengaruh Latihan Gerak Terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke Non Hemoragik Hemiparase Kanan dibandingkan dengan Stroke Non Hemoragik Hemiparase Kiri*. <http://jurnal.pdii.lipi.go.idadminjurnal113.hemiparase.pdf>,diperoleh tanggal 16 Juli 2017

Joyce and Jane .(2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Indonesia CV Pentasada Media Edukasi

Kozier, B., Erb, G., Berman, A.and Shirlee J. Snyder, alih bahasa Pamilih Eko Karyuni, dkk. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1*. Jakarta : EGC

Lewis. (2007). *Medical Surgical Nursing 7 th Edition*. St. Louis: Missouri

Moohead, S. et al. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. Iowa City: Mosby

Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika

Murtaqib. (2013). *Perbedaan Latihan Range of Motion (ROM) Pasif dan Aktif Selama 1-2 Minggu terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi pada Penderita Stroke*

Nabyl R.A. (2012). *Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Stroke*. Yogyakarta: Auliya Publishing

Nurhidayat ,Rosjidi. (2008). *Buku Ajar Perawatandan Stroke*. Jogjakarta: Ardana Media

Price, S.A. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC

Potter, A.P & Perry, A. (2005). *Fundamental of Nursing. 4 Edition*.

Potter, P.A., & Perry, A.G., (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC

Potter, Patricia. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC

Potter, Patricia. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC

Pudjiastuti, S.S., & Utomo, B. (2003). *Fisioterapi pada Lansia*. Jakarta: EGC

Purwanti, Okti S. (2008). *Rehabilitasi Pasca Stroke, Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. Vol. 1, No. 1, Maret 2008: 43*

Purwanti, Okti S dan Maliya, A. (2008). *Rehabilitasi Pasca Stroke, JurnalBeritaIlmuKeperawatan.Vol. 1, No. 1, Maret 2008: 43*

Rama chandran dan Mc Geoch, P.D. (2010). *Size Reduction Using Mirror*. Neurocase

Rendy dan Margareth .(2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika

Rhotg angel. (2010). *The Clinical Aspects of Mirror Therapy in Rehabilitation*. Netherlands: Zuyd University

Saputra ,Lyndon. (2009). *Kapita Selekt Kedokteran Klinik*. Jakarta : Binarupa Aksara Publisher

Sidharta P. (2008). *Neurologi Klinis Dasar* Jakarta : Dian Rakyat

Smeltzer C. Suzzane. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC: Jakarta

Smeltzer, Suzanne .(2005). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC

St. Luis Missouri; Mosby-year Book, Inc (2006). *Fundamental of nursing. 4 Edition*. St. Luis Missouri; Mosby-year Book, Inc

Sudoyo, Aru. (2006). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta :Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Swami Nathan. *Aspiration Pneumonitis and Pneumonia*. Updated on April 02, 2015.

Ulliya, S., (2007). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Fleksibilitas Sendi Lutut pada Lansia Di Panti Wreda Wening Wardoyo Ungaran*.  
Media Ners 1(2), 72-78

Wirawan. (2009) *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer*.  
Majalah Kedokteran Indonesia Volume 59 Nomor 2.

Wilkinson, Judith M. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta :  
EGC

Widyanto dan Triwibowo (2013). *Trend Disease (Trend Penyakit Saat Ini)*.  
Jakarta : CV. Trans Info Media